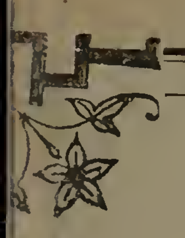
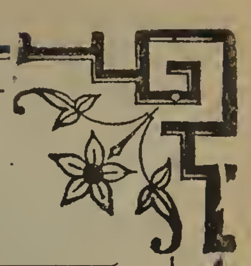
4

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Année 1899 — N° 13 —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 25 octobre 1899, à 1 heure

Par Georges HUSSON

Né à Cirfontaines-en-Azois (Haute-Marne)
Ancien externe des hôpitaux
Interne des Ambulances Urbaines
Médaille de bronze de l'Assistance publique

DES

ÉLÉMENTS SYMPTOMATIQUES

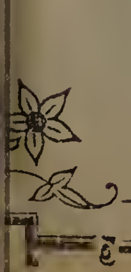
Établissant le diagnostic différentiel

ENTRE LE LUPUS, LA SYPHILIS ET LE CANCER DE LA FACE

Président : M. FOURNIER, *professeur*.
Juges : MM. PINARD, *professeur*.
GAUCHER et LEPAGE, *agrégés*.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical.

PARIS
JOUVE ET BOYER
IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
15, rue Racine, 15
—
1899



THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1899 — **THÈSE** N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 25 *octobre* 1899, *à* 1 *heure*

Par Georges HUSSON

Né à Cirfontaines-en-Azois (Haute-Marne)

Ancien externe des hôpitaux

Interne des Ambulances Urbaines

Médaille de bronze de l'Assistance publique

DES

ÉLÉMENTS SYMPTOMATIQUES

Établissant le diagnostic différentiel

ENTRE LE LUPUS, LA SYPHILIS ET LE CANCER DE LA FACE

Président : M. FOURNIER, *professeur.*

Juges : { MM. PINARD, *professeur.*
GAUCHER et LEPAGE, *agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

JOUVE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1899

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DEBOVE. HUTINEL.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	Mathias DUVAL
Opérations et appareils	TERRIER.
Matière médicale et pharmacologie	POUCHET.
Thérapeutique	LANDOUZY.
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	N........
Pathologie expérimentale et comparée	CHANTEMESSE
Clinique médicale	POTAIN. JACCOUD. HAYEM. DIEULAFOY.
Maladie des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	BERGER. DUPLAY. LE DENTU. TILLAUX.
Clinique opthalmologique	PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchements	BUDIN. PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.

ACHARD.
ALBARRAN.
ANDRE
BONNAIRE
BROCA (Aug.)
BROCA (André).
CHARRIN
CHASSEVANT
DELBET
DESGREZ
DUPRE
FAURE
GAUCHER
GILLES DE LA TOURETTE
HARTMANN
LANGLOIS
LAUNOIS
LEGUEU
LEJARS
LEPAGE
MARFAN
MAUCLAIRE
MENETRIER
MERY
ROGER
SEBILEAU
TEISSIER
THIERY
THIROLOIX
THOINOT
VAQUEZ
VARNIER
WALLICH
WALTHER
WIDAL
WURTZ

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MA FAMILLE

A MON AMI MAX BARBIER

A MES AMIS

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR FOURNIER

Médecin de l'hôpital Saint-Louis.
Membre de l'Académie de médecine.
Officier de la Légion d'honneur.

DES

ÉLÉMENTS SYMPTOMATIQUES

ÉTABLISSANT LE DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Entre le Lupus, la Syphilis et le Cancer de la face

AVANT-PROPOS

Il nous est arrivé maintes et maintes fois durant le cours de nos différents stages dans les hôpitaux de faire ce que nous appellerons un diagnostic purement objectif, un diagnostic « à première vue ».

Cela nous arriva souvent à la consultation de l'hôpital Saint-Louis que nous avons suivie à différentes reprises pendant nos années d'étudiant et plus spécialement pendant l'année où nous avons eu l'honneur d'être externe de M. le professeur Fournier.

Dans les affections cutanées et syphilitiques plus que dans toutes les autres, en effet, le diagnostic se fait fréquemment d'un coup d'œil, en citerons-nous des exem-

ples ? les plaques de vitiligo, la phtyriase, la roséole syphilitique avec ses taches cuivrées, et tant d'autres.

Il en est de même pour certaines affections plus spéciales, comme le lupus, la syphilis, le cancer, lorsqu'un malade se présente porteur d'une lésion locale, avec des caractères mal définis dans lesquels on retrouve à la fois des lésions symptomatiques appartenant à l'une et à l'autre de ces affections.

D'autre part, si l'interrogatoire que nous faisons subir au malade, combiné à l'examen plus complet de la lésion ne vient pas éclairer ou corroborer notre diagnostic, soit parce que le malade ne se rappelle pas, et malheureusement, trop souvent, surtout pour les femmes, parce que ce ou cette malade ne « *veut* » pas se rappeler tel ou tel phénomène observé auparavant, nous sommes exposé à commettre une erreur de diagnostic, et cela de la meilleure foi du monde.

Plus particulièrement, il arrive que dans certaines lésions cutanées, notre diagnostic est très hésitant entre tuberculose et syphilis, précisons, pour ne pas sortir des limites que nous nous sommes tracées, entre : lupus, syphilis, et cancer de la face.

Qu'arrive-t-il dans ces cas-là ? Ceci : nous sommes très souvent portés à poser le diagnostic de syphilis, et, comme nous avons un moyen de contrôle qui deviendra un critérium s'il est suivi de guérison, nous mettons le malade au traitement antisyphilitique : pilules et iodure, ou plus souvent, injections de calomel, iodure, pansement avec l'emplâtre de Vigo.

Si nous obtenons une guérison complète, nous n'hési-

tons plus à dire : syphilis, ignorée ou non, héréditaire ou acquise.

Mais à côté de ces cas très nets, il en est d'autres où le traitement mercuriel a donné d'heureuses modifications, qui laissaient supposer la nature syphilitique de la lésion, puis, tout d'un coup, ces modifications cessaient, ou bien une récidive se produisait à une échéance plus ou moins éloignée et le diagnostic primitivement posé devenait faux.

Y a-t-il des éléments symptomatiques, absolument nets, de diagnostic différentiel entre ces trois affections ? En trouverous-nous dans l'étude du diagnostic clinique, anatomo-pathologique ou thérapeutique ? Ce sera là l'objet de notre thèse.

Nous n'avons pas eu d'ailleurs, la prétention de présenter un travail original, une thèse à proprement parler, nous avons seulement voulu essayer de démontrer en nous appuyant sur les travaux si complets faits par nos maîtres MM. Fournier, Lancereaux, Gaucher, Cornil, combien est parfois difficile le diagnostic de ces 3 affections, et combien le jeune patricien doit être circonspect, réservé, avant de se prononcer et d'instituer un traitement curatif approprié. C'est pour nos camarades qui n'ont pu comme cela arrive fréquemment faire beaucoup de maladies de peau, c'est pour les « *jeunes* » que cette modeste étude a été composée par un « *jeune* » qui aura atteint son but s'il a pu faire œuvre utile en préservant ses confrères d'une erreur, combien préjudiciable, résultant d'un diagnostic posé trop rapidement, erreur que l'on peut

faire fréquemment, surtout au début de la pratique médicale.

Mais avant de présenter ce modeste travail de fin d'études, nous considérons comme un devoir d'exprimer à tous nos maîtres qui ont guidé nos travaux d'étudiant, l'hommage de notre profonde gratitude.

Nous saluerons, tout d'abord, respectueusement, la mémoire de notre premier maître M. le Dr Péan qui a bien voulu guider nos premiers pas dans l'étude de la chirurrurgie. Nous prierons MM. les Drs Lucas-Championnière et Tennesson d'agréer les remerciements du jeune étudiant qu'ils voulurent bien accepter comme « bénévole » dans sa seconde année de médecine.

A M. le Dr Richardière dont nous avons été l'externe pendant six mois seulement à notre retour du service militaire, nous adressons nos remerciements pour les bons conseils qu'il nous a prodigués dans l'étude de l'auscultation. Nous prions MM. les Drs Théophile Anger et Lejars, M. le Dr Gougenheim dont nous avons été l'externe, M. le Dr Bar chez qui nous avons appris les premiers éléments de l'obstétrique, d'agréer ici l'expression de toute notre reconnaissance pour leurs sages conseils dans l'étude de la chirurgie et de la médecine.

A M. le Dr Gastou nos bien vifs remerciements pour les conseils si éclairés qu'il nous a donnés dans la préparation de notre thèse.

Qu'il nous soit enfin permis de rendre un public hommage aux conseils, si pratiques et prodigués avec tant d'affabilité, de M. le Professeur Fournier qui fut notre

maître pendant une année, et qui aujourd'hui, a bien voulu nous faire le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse.

Nous essaierons d'abord de tracer rapidement un exposé clinique du lupus type, en y joignant les variétés que l'on rencontre le plus fréquemment ; nous ferons de même pour le diagnostic clinique des syphilides, et enfin nous dirons quelques mots de l'épithélioma. On pourra se rendre compte d'après le tableau sommaire de ces trois affections, combien sont fréquents leurs divers points de ressemblance, et combien le doute peut être permis, voire même l'erreur de diagnostic ; c'est, comme nous l'avons dit plus haut, en nous aidant dans cette description des travaux si complets écrits par nos maîtres et que nous avons pu compulser à la bibliothèque de l'hôpital Saint-Louis que nous faisons cette étude ; et si les répétitions, les redites sont frappantes, c'est à dessein que nous l'avons fait pour que l'analogie des principaux caractères soit mieux démontrée.

DIAGNOSTIC CLINIQUE DU LUPUS

Le malade atteint de lupus de la face se présente généralement avec une plaque rouge jaunâtre ou rouge brun que l'on a comparée à la couleur du « sucre d'orge ». Cette lésion a débuté depuis très longtemps ; le plus souvent, c'était une rougeur, comme une engelure par exemple, ou bien un bouton que le malade a gratté et qui s'est étendu progressivement jusqu'à arriver à l'état actuel.

A la vue, cette lésion est arrondie avec, sous la peau par endroits, des saillies de volume variable (grain de millet, pois, noisette) de plus, cette plaque a une tendance à s'accroître par la périphérie où l'on trouve un semis de granulations jaunâtres, ou *semis de Trélat*, pendant que le centre de la lésion aurait au contraire tendance à régresser, ou à subir un arrêt dans son développement.

De plus, sur ces mamelons, nous trouvons des squames blanchâtres et entre ces mamelons, des sillons où la peau semble rétractée comme sur une cicatrice.

Si nous touchons cette plaque rougeâtre, nous avons la sensation de nodules plus ou moins durs, quelquefois douloureux à la pression, avec infiltration de la peau que l'on sent très bien si l'on presse les téguments. Tel est dans ces grands caractères l'aspect d'une plaque de lupus (cas typique).

Mais il s'en faut que le lupus se présente avec des caractères aussi nets dans tous les cas. Il y a en effet plusieurs variétés de lupus que nous allons passer rapidement en revue. La plupart des caractères précédents s'y retrouvent, nous n'en reparlerons plus, mais, tantôt sur une plaque rougeâtre généralement indolente, quelquefois prurigineuse, les tubercules forment des saillies à peine visibles et que l'on ne sent presque pas au toucher.

Ces lésions tuberculeuses ou plutôt nodulaires sont quelquefois si peu sensibles qu'on peut les confondre avec une variété de lupus à forme érythémato-tuberculeuse. Disons tout de suite, parce que nous n'y reviendrons pas, que cette variété de lupus est peut-être de nature tuberculeuse qu'elle se présente le plus souvent sur les joues sous forme de taches rougeâtres indurées et tendant manifestement à se transformer par atrophie du derme, ce qui faisait proposer au Congrès de Vienne 1892, la dénomination d' « érythème atrophicans » par Malcom Morris. C'est là, la variété dite : lupus plan. Si nous n'insistons pas sur cette variété, c'est que sa nature franchement tuberculeuse a été et est encore sujette à des controverses. Pourtant, étant donnée sa fréquence dans les familles de tuberculeux, nous serions tenté d'en faire une manifestation nette de tuberculose cutanée, en lui reconnaissant une atténuation plus grande encore que dans le lupus franc, parce que les inoculations faites jusqu'à présent ont été plutôt négatives et que, histologiquement, les éléments du lupus (follicules, cellule géante, bacille) n'ont pas été observés.

Tantôt au contraire, ces saillies nodulaires dont nous

venons de parler sont très marquées, on trouve des nodules plus ou moins gros suivant leur ancienneté, affaissés et sclérosés, ou bien ramollis, végétants, donnant au nez ou aux lèvres l'aspect d'une tumeur recouverte d'une croûte verdâtre.

C'est une variété dite : lupus proéminent. Dans ces deux derniers cas, le diagnostic peut encore se faire assez facilement, mais, là où commence la difficulté, c'est dans le cas où l'on a affaire à la variété appelée « lupus exedens ». Là en effet, l'aspect est totalement changé, les tubercules ne sont plus durs mais ramollis, caséeux, ulcérés, avec par place formation de croûtes d'aspect varié, jaunâtres ou verdâtres ; les ulcérations saignent facilement, elles ont un fond sanieux, ou purulent, ou sanguinolent, ces ulcérations peuvent être limitées ou s'étendre en surface et en profondeur et donner un lupus serpigineux ou phagédénique. On les trouve le plus souvent à l'extrémité du nez, ou sur une des ailes du nez, et de là, elles envahissent la joue, l'oreille ; elles déterminent par le tissu cicatriciel formé, de l'ectropion des paupières inférieures, ainsi que nous l'avons déjà observé. Les lèvres envahies, la lésion peut gagner les gencives, le plancher de la bouche, la voûte palatine qu'elle perfore, et donner au malade un aspect hideux, repoussant, et, puisque le lupus peut envahir les muqueuses non seulement par propagation, mais encore directement, combien difficile peut être à ce moment le diagnostic ? Cette perforation de la voûte palatine, si fréquente dans l'hérédo-syphilis, ne peut-elle nous induire en erreur ?

DIAGNOSTIC CLINIQUE DES SYPHILIDES

Prenons maintenant le cas d'un malade chez lequel l'interrogatoire ou les symptômes concomitants : déformations osseuses, triade d'Hutchinson, souvenir du malade qui a entendu dire que son père avait la syphilis, prenons, disons-nous, ce cas où la syphilis héréditaire est sûrement en cause et où la lésion porte sur la face, le plus fréquemment nous constaterons ceci :

A). — Nous nous trouverons en présence d'une plaque rougeâtre ou rouge brun dont le début remonte souvent à une époque déjà éloignée, car nous savons que la syphilis héréditaire peut avoir une marche très lente. La lésion siégeant sur la face a envahi la joue, ou plus souvent le nez.

Au toucher, nous constatons sur cette plaque la présence de tubercules indolores, plus ou moins saillants, de la grosseur d'un grain de millet à celle d'un pois en général, plus ou moins durs à la pression, se laissant déprimer par places ou au contraire ne « s'écrasant pas sous la pression » en d'autres endroits. Au palper, nous sentons d'une façon très appréciable une « infiltration en nappe », un épaississement du derme.

Ajoutons que ces tubercules peuvent être recouverts

de squames blanchâtres donnant à la lésion un aspect de pseudo-psoriasis et nous aurons la syphilide à *forme sèche*.

Si l'on veut bien se reporter à la description sommaire du lupus type que nous avons donnée plus haut, ne se trouve-t-on pas en présence d'une reproduction à peu près exacte de la lésion lupique ?

Cette ressemblance va s'accentuer avec une autre forme de syphilide, la syphilide à *forme ulcéreuse*.

B). — Ici, sur une plaque rouge brun nous voyons des tubercules qui sont ulcérés, ramollis, par place nous trouvons des croûtes noirâtres, en d'autres endroits, des ulcérations plus ou moins creuses avec un fond sanieux, bourbillonneux ou encore saignant facilement. Ces lésions envahissent la joue, la lèvre supérieure, le nez, les paupières, le front, absolument comme le lupus et même l'épithélioma.

Comme d'autre part, le plus souvent la forme ulcéreuse succède, après une période relativement longue, à la forme sèche, la lésion peut présenter des caractères objectifs mélangés, propres à chacune des deux formes de syphilides et donner, comme le dit notre maître M. le professeur Fournier, la syphilide tuberculo-crustacée, ou tuberculo-ulcéreuse, suivant que les croûtes sont recouvertes de squames ou que l'infiltration tuberculeuse aboutit à des destructions suppuratives et profondes.

Nous ne parlons pas bien entendu des cas où une autre dermatose, impetigo par exemple, vient encore compliquer le diagnostic en masquant certaines lésions ou en les déformant du tout au tout.

Nous avons supposé dans les quelques lignes qui précèdent que nous avions des stigmates d'hérédo-syphilis absolument nets et qui nous avaient permis de poser un diagnostic ferme. Mais il peut se faire que le malade ne nous donne aucun renseignement non seulement sur lui au point de vue de la syphilis acquise qui, maligne, serait arrivée rapidement à la forme tertiaire, mais encore sur ses ascendants au point de vue de l'hérédo-syphilis car il faut bien savoir que cette dernière est quelquefois on ne peut plus difficile à « dépister » et nous allons en citer un exemple d'observation personnelle que nous avons eu sous les yeux lorsque nous étions externe de M. le professeur Fournier.

Nous n'en avons pas l'observation détaillée, mais nos souvenirs sont encore très précis car le cas nous avait frappé : Vers le mois de mai 1896 il nous est arrivé un matin à la salle Henri IV un tout jeune enfant accompagné par sa mère. Il pouvait avoir environ deux ans et portait sur la face des syphilides absolument nettes, quelques éruptions bizarres aussi sur les cuisses et les fesses. Notre maître fit le diagnostic de syphilis héréditaire et on fit venir le père et la mère, ceux-ci n'avaient jamais eu la syphilis, on interrogea le grand-père, rien encore, c'est seulement sur le bisaïeul que l'on put trouver des signes très nets de syphilis acquise. L'hérédo-syphilis avait donc sauté deux générations. C'est un cas très rare et l'on comprend facilement qu'il n'est pas souvent possible d'aller rechercher la syphilis aussi loin. Eh bien, dans ce cas encore, quelle n'est pas la difficulté pour le diagnostic ?

Comme l'a très justement fait remarquer notre maître M. le professeur Fournier, il y a des caractères permettant quelquefois de différencier ces deux lésions, (lupus et syphilis) caractères très nets : différence de couleur en général, ou plus spécialement de l'aréole entourant le tubercule (teinte de Swédiaur) différence de consistance du tubercule ou des croûtes, bords plus ou moins décollés, taillés à pic, ulcérations plus ou moins anfractueuses, saignantes ou bourgeonnantes ; mais ces signes différentiels très nets sont en réalité relativement rarement rassemblés, nous entendons par là qu'à côté d'un signe très net de syphilis nous pouvons trouver un signe non moins précis de tuberculose. A moins donc d'avoir une très grande habitude, une expérience acquise par de longues années de travail, expérience que nous ne reconnaissons qu'à nos maîtres, il sera difficile au jeune praticien de poser un diagnostic ferme ; et pourtant, quels inconvénients terribles peuvent en résulter ! Car nous nous trouvons en présence de la déformation repoussante hideuse qui ronge le nez le plus fréquemment, s'étend à la joue, au front etc. et qui fait pour ainsi dire mettre à l'index, rejeter comme un paria, un lépreux des siècles passés, le jeune homme et surtout la malheureuse jeune fille qui en sont atteints.

Il importe donc de les en préserver par un traitement approprié rapide qui les mette à l'abri d'une récidive grave, et atténue au moins la lésion le plus possible, s'il ne la fait pas disparaître complètement. C'est dans ces cas que le jeune praticien inexpérimenté, comme nous le sommes tous au début de la pratique médicale, devra peser mûre-

ment tous les symptômes objectifs pouvant faire croire à la syphilis ou à la tuberculose et se souvenir que la tuberculose, cet *aboutissant presque fatal de toutes les déchéances physiques*, comme le disait Jaccoud, trouve dans la syphilis un adjuvant de premier ordre, pour lui donner un terrain approprié à son parfait développement. C'est du moins ce que nous pensons à ce sujet.

Ici donc encore de combien de difficultés s'entoure le diagnostic précis ?

DIAGNOSTIC CLINIQUE DE L'EPITHÉLIOMA

Il est bien évident que nous ne parlerons que de l'épithélioma des téguments, puisque nous voulons le comparer à la tuberculose et aux syphilides cutanées. Il est d'ailleurs beaucoup moins fréquent que les lésions *lupiques* ou *syphilitiques ;* nous insisterons donc beaucoup moins sur cette partie de notre sujet.

D'ailleurs, l'épithélioma débute le plus souvent chez des malades âgés de 50 à 70 ans et non pas sur des sujets plus jeunes, chez lesquels nous rencontrons des lésions *lupiques* et *syphilitiques* entre trois et vingt-huit ans ainsi que le dit notre maître M. Fournier.

Prenons un exemple de cancroïde et voyons ce que nous allons trouver.

Ou bien c'est une plaque superficielle, intéressant seulement les papilles du derme, ou bien d'un seul coup toute l'épaisseur de la peau est prise. Comment a débuté l'affection qui nous intéresse ?

C'est une petite excoriation dure, ou bien de petites croûtes jaune brun occasionnant un prurit insupportable, le malade les a grattées, elles sont tombées et ont laissé à leur place une petite surface excoriée qui aboutit au bout d'un temps plus ou moins long à l'ulcération.

Il se forme alors une plaque rougeâtre, reposant sur une base dure, semée de granulations isolées ou au contraire agminées, grosses comme un grain de mil et même comme un pois. Ulcérées, elles se recouvrent de croûtes noirâtres à cause du sang desséché. Ces ulcérations ont un fond sanieux avec liquide visqueux ou sanguinolent, elles peuvent devenir profondes et envahir le squelette du nez par exemple, et perforer ensuite la voûte palatine. Le fond est quelquefois végétant et donne l'aspect d'un choufleur, avec tout alentour, des bords taillés à pic.

Ces lésions déterminent souvent un prurit intense peu ou pas douloureux sauf dans le cas de formes très accentuées, et, chose essentielle à noter, on ne trouve pas toujours d'engorgement ganglionnaire, ni de généralisation, ni de cachexie. L'extension de l'épithéliome se fait dans ces cas avec une extrême lenteur ce qui rend le diagnostic souvent difficile et a fait donner à ces lésions par l'école anglaise le nom d'*ulcus rodens.*

Nous ne trouvons pas ce processus dans les cancers habituels. C'est justement cet envahissement des ganglions, cette généralisation et la marche rapide de l'affection qui nous mettent sur la voie du diagnostic.

Nous passons à dessein sur l'épithélioma profond et sur l'épithéliome à forme papillaire, dont les caractères sont plus faciles à reconnaître (généralisation à d'autres organes : verge, grandes lèvres, ombilic) avec engorgement ganglionnaire et cachexie relativement rapide (3 mois à 3 ans). Nous signalons seulement cette difficulté très grande pour le diagnostic dans le cas où l'épithélioma viendrait se greffer sur une plaque de lupus.

Encore une fois, le diagnostic sera difficile dans le cas de cancroïde superficiel, surtout si nous avons pu constater par l'interrogatoire du malade une tare tuberculeuse ou syphilitique, acquise ou héréditaire, remontant plus ou moins haut chez les ascendants, et nous pourrons le confondre avec un lupus exedens ou avec une syphilide tuberculo-ulcéreuse tertiaire.

HYBRIDITÉ

Si nous avons montré dans les quelques pages qui précèdent combien se ressemblaient les lésions cutanées dues à la syphilis, à la tuberculose, et moins fréquemment au cancer, nous devons ajouter que souvent l'hésitation dans le diagnostic se trouve amplement justifiée par ce fait que l'on peut parfaitement, et c'est d'une fréquence relative, trouver des lésions hybrides dans lesquelles tuberculose et syphilis sont associées, ou bien syphilis et cancer ou enfin lupus et cancer, l'une ou l'autre de ces trois affections pouvant se greffer sur la lésion initiale.

La complication du lupus par le carcinome a été signalée déjà maintes fois (Devergie 1854, Weber de Berlin 1859, Hébra de Vienne 1867, Lang 1874, P. Raymond 1887 etc), soit que l'épithélioma se développe tardivement sur un lupus guéri, soit au contraire qu'il se développe sur un lupus en voie d'évolution, avec son point de départ sur un point du lupus déjà cicatrisé.

Le lupus dans ces différents cas peut offrir un aspect différent du lupus exedens en ce sens que les lésions sont beaucoup plus accentuées ; il y a formation de croûtes noirâtres ou brunes très épaisses pouvant envahir toute la figure et plus spécialement la face dorsale du

nez, au point de rétrécir considérablement l'ouverture des narines. Si on fait tomber ces croûtes, on trouve en dessous une surface profondément ulcérée saignant facilement avec des granulations molles et de grosseur variable.

De plus, sur les parties avoisinantes, infiltration du derme très prononcée et souvent en un point distinct de la lésion, présence d'une tumeur avec croûtes, tubercules durs et ramollis par place, peu ou pas douloureux.

C'est cette tumeur, lorsqu'elle est bien nette, qui facilitera le diagnostic de néoplasme venant compliquer le lupus mais il faut qu'elle soit très précise ; si au contraire la lésion est diffuse, étalée sur le lupus, le diagnostic sera très difficile. Ce qui pourrait aider le plus au diagnostic, serait le retentissement sur les ganglions sous-maxillaires ou préauriculaires, ou sous-mentaux dans le cas par exemple où le cancer aurait envahi le menton. Mais d'autre part, le malade ne nous indiquera évidemment pas le moment où l'ulcération qu'il portait à la joue, ou au nez par exemple s'est compliquée. Nous ne savons pas quand débute l'ulcération de nature cancroïde.

Nous pourrions en dire autant lorsque nous nous trouvons en présence de l'association de deux éléments : syphilis et cancer. Ici l'élément syphilitique remplacerait l'élément lupique dans les mêmes conditions que dans les lignes qui précèdent. Au lieu d'un lupus exedens, ce serait une syphilide à forme tertiaire, ulcérée, sur laquelle le cancer en venant s'y greffer donnerait à peu près les mêmes caractères objectifs.

L'association du lupus et de la syphilis est aussi assez fréquente, nous croyons même que cette association est la

plus fréquente de toutes. Pourquoi ne pas supposer en effet que dans un organisme atteint par l'une ou l'autre de ces deux diathèses qui minent si profondément toute notre économie, pourquoi ne pas supposer, disons-nous, qu'il y a un « locus minoris resistentiæ » qui permettra si l'une des deux existe déjà, le développement plus facile de l'autre ?

C'est justement à cause de cette fréquence du lupus et de la syphilis que dans certains cas nous pouvons expliquer le succès de certaines interventions thérapeutiques dont nous parlerons un peu plus loin.

La dénomination de lupus syphilitique qui a été donnée à cette forme hybride ne nous paraît pas exacte parce que le lupus et la syphilis cutanée sont deux entités morbides absolument distinctes et qui ne doivent pas être confondues par la dénomination. Seulement, il peut se faire que la syphilis se développe sur une plaque de lupus et réciproquement qu'une plaque lupique se développe sur une syphilide ; ce serait même à notre avis le cas le plus fréquent puisque nous avons considéré ces deux maladies comme caractérisant au plus haut point l'expression de la déchéance physique, la syphilis aurait préparé le terrain, et aurait donné à la tuberculose un organisme en état de réceptivité beaucoup mieux approprié.

Au lieu de « lupus syphilitique » nous proposerons dans l'expression de plaque « *lupo-syphilitique* » ou « *syphilo-lupique* » suivant que la tuberculose ou la syphilis ont été les premières en date dans l'évolution de la lésion cutanée.

Kaposi et Lang rejetaient d'ailleurs l'expression de « lupus syphilitique » mais parce qu'ils n'admettaient pas l'hybridité de la lésion. Aujourd'hui nombre d'observations sont venues prouver la concomitance des deux affections.

Nous en avons trouvé dans les *Annales de dermatologie* depuis leur fondation (année 1879, 1880, 1887 etc) dans les *Annales des maladies de la peau* de Cazenave nous avons été à même d'en voir un grand nombre,et datant de vingt ans,dans les merveilleuses reproductions du musée de l'hôpital St-Louis. A ce propos que l'on nous permette une légère digression : nous ne saurions trop engager nos jeunes confrères à aller passer souvent quelques heures au musée de St-Louis. Ils trouveront là toutes les variétés admirablement reproduites, des affections cutanées, ils verront là combien les caractères objectifs de ces lésions sont fréquemment ressemblants au point de s'y méprendre. Ils feront en un mot et très facilement « *l'éducation de l'œil* » si importante en dermatologie.

Terminons ces quelques considérations rapides sur l'hybridité des lésions qui font le sujet de notre étude en disant que nous avons pu examiner un malade que le M. le docteur Gastou nous a envoyé et chez lequel, surtout au début, les lésions de la face ressemblaient à la fois à la syphilis et à la tuberculose.

Ce n'est que devant des manifestations viscérales très nettes que le diagnostic de lupus s'est confirmé.

Ce malade a d'ailleurs été présenté plusieurs fois à la société de dermatologie de l'hôpital St-Louis (Voir obs. XII).

DIAGNOSTIC ANATOMO-PATHOLOGIQUE DU LUPUS

Une étude histologique complète des trois affections qui font le sujet de notre thèse, ne conviendrait pas au cadre modeste que nous nous sommes imposé. Dans les quelques pages qui vont suivre, nous n'aborderons que l'anatomie pathologique des trois affections que nous étudions, à un point de vue exclusivement pratique, c'est-à-dire au point de vue du diagnostic différentiel.

Nous allons donc exposer rapidement et d'une façon un peu schématique les différents aspects que peuvent présenter le lupus, la syphilis et l'épithélioma étudiés sur des préparations.

L'ensemble des opérations qui consiste à faire l'ablation d'une minime portion de la partie malade porte le nom de biopsie. On peut se contenter pour l'examen microscopique d'une portion peu considérable de la tumeur. Une pièce de deux à cinq millimètres de côté suffira amplement. Nous la traiterons comme il suit :

Fixation.

Sublimé acétique.	pendant 12 h.
Lavage	—
Deshydratation	24 h. (alcool à 90°
Eclaircissement au xylol	pendant quelques
Xylol-paraffine	heures puis alcool
Paraffine pure	absolu).

L'ensemble de ces opérations constitue la fixation.

Après avoir débité la pièce en coupes à l'aide du microtome et l'avoir exposée à l'hématoxiline-éosine nous l'examinerons au microscope.

Nous allons donc successivement passer en revue les types de nos trois affections.

Nous ne nous occuperons que du lupus tuberculeux proprement dit, c'est-à-dire du lupus formé par des tubercules se développant dans le derme et évoluant ultérieurement vers l'état caséeux ou vers l'état fibreux.

Le lupus tuberculeux doit être considéré comme une manifestation cutanée locale de la tuberculose, c'est-à-dire qu'il est constitué par un tissu modifié par le bacille de Koch. Hâtons-nous d'ajouter que c'est en somme une tuberculose très atténuée de la peau et que par conséquent, si l'action des toxines élaborées se manifeste par une lésion locale, il s'en faut que les bacilles soient assez nombreux pour être retrouvés sur toutes les coupes. Il faut quelquefois faire cinquante coupes avant de trouver un bacille.

Or, pour reconnaître la vraie nature du lupus, trois éléments sont nécessaires :

1° Formation tuberculeuse, c'est-à-dire follicule tuberculeux.

2° Présence du bacille dans les coupes.

3° Inoculation positive sur un cobaye par exemple.

Lorsque ces trois éléments sont réunis, on a une certitude absolue de lupus.

Mais il s'en faut que ces trois éléments soient toujours réunis et d'ailleurs il n'est pas absolument nécessaire qu'ils le soient pour conclure à la nature tuberculeuse de la lésion.

Examinons donc séparément ces trois éléments de diagnostic :

Inoculation, Recherches du bacille. Étude des formations tuberculeuses.

Premier cas. — *Le seul élément fourni par les recherches est une inoculation au cobaye.*

Comment cette inoculation doit-elle être pratiquée.

A). — Si le lupus ne suppure pas, on excisera une petite partie de la tumeur que l'on réduira en pulpe et que l'on injectera directement dans le péritoine en prenant les précautions d'asepsie nécessaires pour éviter une péritonite aiguë septique.

B). — Si le lupus est suppuré, l'inoculation intra-péritonéale étant impossible, nous nous contenterons d'une inoculation sous-cutanée.

Si l'inoculation est positive, le cobaye maigrit et meurt au bout de trois à six semaines en présentant des lésions

absolument caractéristiques qui nous permettent de poser le diagnostic de lupus.

Au cas où l'inoculation est négative, il n'est pas possible d'écarter encore le diagnostic de tuberculose, car la rareté des bacilles que nous avons signalée plus haut peut à elle seule expliquer l'insuccès.

Restent alors les deux autres moyens d'investigation.

DEUXIÈME CAS.—*Recherche des bacilles dans les coupes.*

Le bacille de la tuberculose se présente avec les caractères suivants :

Morphologiquement le bacille se présente sous forme de bâtonnet allongé, de un à trois μ de longueur, isolé ou en amas. Les colorations sont caractéristiques : il ne prend pas les colorations hydro-alcooliques et se décolore par la méthode de Gram.

Pour le colorer, il est nécessaire de faire agir la fuchsine phéniquée de Ziehl, à froid pendant six à douze heures, ou à chaud pendant cinq minutes environ. Puis on décolore le tissu à l'aide de l'acide nitrique au 1/3 (méthode de Ziehl-Ehrlich) ou du chlorhydrate d'aniline (méthode de Borrel) suivi d'alcool absolu ; le bacille paraît alors en rouge vif sur le fond décoloré que l'on peut teinter, si l'on veut, avec du bleu de méthylène ou avec du brun de Bismarck.

Si à l'examen nous ne trouvons pas de bacilles, il nous reste le troisième élément de diagnostic, la formation tuberculeuse.

Troisième cas. — *Etude des formations tuberculeuses.*

La réaction d'un tissu vis-à-vis du bacille de Kock est caractérisée par la granulation tuberculeuse. Celle-ci peut à son tour se décomposer en des éléments plus simples : les follicules tuberculeux.

Le follicule tuberculeux est composé d'un grand nombre de cellules (cellules rondes) sorties par diapédèse des vaisseaux, réunies en amas, dont le centre peut présenter des formes cellulaires spéciales, les cellules géantes, et les cellules épithéliales résultant de la dégénérescence des cellules rondes.

Le follicule tuberculeux peut donc revêtir plusieurs formes :

a). — Il est uniquement formé de cellules rondes.

b). — Il est formé de cellules rondes et présente au centre une ou plusieurs cellules géantes.

Ces cellules géantes d'un diamètre de 50 à 200 μ présentent un centre granuleux, en dégénérescence vitreuse ou caséeuse et, à la périphérie, une couronne de noyaux.

Quelquefois, la cellule géante se présente sous forme d'une raquette, les noyaux se groupant dans la portion arrondie. Notons que l'on peut trouver des bacilles englobés dans la cellule géante. Les noyaux se placent le plus loin possible des bacilles qui paraissent présenter vis-à-vis d'eux des propriétés chimio-taxiques négatives.

c). — Entre la cellule géante et les cellules rondes se dispose une couche de cellules à protoplasma clair, angu-

leuses, uninucléées, ce sont des cellules épithéliales qui peuvent, elles aussi, contenir des bacilles dans leur intérieur.

Pour certains auteurs (Strauss), ces cellules seraient formées par les éléments nobles des tissus atteints par le bacille, éléments qui auraient dégénéré sous l'influence des toxines élaborées par le bacille.

Si donc la préparation étudiée sous le microscope nous présente des follicules tuberculeux tels que nous venons de les décrire, nous aurons des raisons de croire à la nature tuberculeuse de la lésion.

Que l'on ne s'étonne pas néanmoins de nous voir dire que notre conclusion n'est qu' « à peu près certaine » car nous devons signaler ce fait, que l'on retrouve aussi la cellule géante dans les ulcères chroniques de jambe (Baumgarten) dans les gommes du poumon, dans l'ostéomyélite et même dans le chancre syphilitique du nez (Köster) par conséquent, la constatation des follicules tuberculeux est l'élément de diagnostic qui nous donne la moins grande certitude.

Si donc l'on veut bien se rappeler 1° que l'inoculation est le plus souvent impossible à faire dans la pratique médicale 2° que d'autre part les bacilles sont très rarement observés, 3° que la présence de follicules tuberculeux que l'on serait appelé à constater le plus souvent dans les coupes, n'est pas absolument significative, mais seulement très probable pour affirmer le diagnostic de lupus, on voit encore une fois combien le diagnostic est difficile à poser.

DIAGNOSTIC ANATOMO-PATHOLOGIQUE DES SYPHILIDES

L'anatomie pathologique de la syphilis et plus particulièrement pour le sujet qui nous occupe, des syphilides tertiaires, a été sujette à de nombreuses discussions. A l'heure actuelle, la question est loin d'être élucidée d'une façon définitive. Que l'on nous permette donc dans ce chapitre de citer simplement soit en la résumant soit en en prenant le texte exact, l'analyse critique faite par Darier, du travail de Unna intitulé : *Histologie pathologique des maladies de la peau.*

Nous ne parlerons pas des syphilides mixtes ou compliquées, c'est-à-dire modifiées par leurs combinaisons avec une dermatose d'une autre nature (impetigo, eczéma séborrhéique). Elles sont extrêmement fréquentes si l'on en croit Unna, et c'est ainsi qu'on doit interpréter le remarquable polymorphisme des éruptions spécifiques. Nous aborderons donc immédiatement ce qui a trait aux syphilides tertiaires.

Pour Unna, la présence des syphilides depuis la roséole

inclusivement, est due à des produits, des toxines syphilitiques élaborées dans la peau par le virus spécifique. Les syphilides tertiaires sont dues par conséquent à la réviviscence de ces toxines déposées dans la peau à la période primaire. Le processus peut évoluer de deux façons et nous aurons à considérer deux types distincts de syphilides tertiaires :

« Dans le type le plus commun, celui du tubercule syphilitique, c'est une papule qui reparaît avec des nuances de structure dépendant de l'ancienneté de la maladie, c'est-à-dire que la néoplasie est liée aux ramifications vasculaires. Il y a des formes de passage entre les papules et les tubercules ; le tubercule est pourtant plus gros, plus persistant, plus dur moins spontanément résolutif aussi, car il laisse après lui une atrophie. C'est à tort qu'on confondrait ce processus avec celui qui entre en jeu dans la gomme ; ils n'ont entre eux rien de commun.

La syphilide gommeuse est rare à la peau, fréquente au contraire dans l'hypoderme. Ici, la néoformation ne suit pas toutes les ramifications d'une branche vasculaire ; partant d'une portion d'un vaisseau qui lui sert de centre, elle se développe excentriquement et suivant la direction de la moindre résistance. La néoplasie est, comme dans le tubercule, formée de plasmazellen (1), mais elles s'accumulent en grand nombre autour du centre de formation.

1. Plasmazellen : *Corps irrégulièrement arrondis, à protoplasma bourré de granulations colorées en bleu (bleu polychrome). Noyau : un ou deux grains de chromatine centraux avec bordure de grains de chromatine périphériques. Ils procèdent toujours par groupes.*

Il ne reste aucune trace du tissu conjonctif entre elles, tandis que ce tissu se condense au pourtour sous forme de capsule. Le contenu de cette capsule est donc mou, formé de cellules de plus en plus petites à mesure qu'elles se multiplient, et finit par dégénérer au centre soit par dessiccation, soit par ramollissement. On conçoit que la trame fibreuse et dense du derme se prête peu à la formation de ces amas considérables de cellules ; s'il s'y forme des gommes, elles sont rapidement encapsulées et caséifiées. L'hypoderme et surtout le voisinage des glomérules est au contraire leur siège d'élection. De là, la néoplasie peut gagner la surface en longeant les vaisseaux, puis une fois ramollie se vider au dehors. La gomme accident circonscrit et essentiellement destructif a donc au plus haut degré les attributs des accidents tertiaires.

L'étude microscopique d'un tubercule syphilitique isolé, de couleur jambonnée, saillant, non squameux et de date relativement récente, montre une structure qui diffère peu de celle de la papule, il suffira de noter quelques particularités. Les vaisseaux et capillaires y sont plus larges, ont des parois plus épaisses paraissant claires sur des préparations colorées ; les cloisons conjonctives sont plus importantes ; il peut y avoir une intrication du tissu fibreux et des éléments cellulaires, mais elle est moins interne que dans le chancre. Le corps papillaire est sclérosé, partout des fentes lympathiques sont béantes, le tissu élastique a disparu.

Il y a peu de mastzellen et de leucocytes. Parmi les cel-

lules du plasmome (1), il y en a un moins grand nombre de dégénérées que dans une papule de même âge. L'épiderme se laisse passivement étirer.

En somme, le nodule est à la fois plus fibreux que celui d'une papule et plus « succulent » en ce sens que toutes les cavités vasculaires sont plus larges. Par rapport au lupus l'ordonnance des diverses variétés de cellules est moins régulière et les cellules plasmatiques volumineuses sont beaucoup plus abondantes.

A la période de régression, c'est au sommet des papilles que commence la résorption des éléments cellulaires, et elle se continue de haut en bas. Finalement il ne reste que quelques plasmazellen autour de certains vaisseaux qui demeurent dilatés et un tissu fibreux, devenu poreux par suite de l'élargissement des espaces interfasciculaires ; cette atrophie interstitielle du derme, au niveau de laquelle l'épiderme conserve lui-même une épaisseur amoindrie et reste dépourvu de pigment, se traduit par l'apparence d'une cicatrice.

« La variété tuberculo-crustacée a des lésions exacte-
« ment superposables à celles de la syphilide papulo-
« crustacée. Ici encore l'hypertrophie épidermique et l'é-
« migration leucocytaire sont attribuées au parasitisme
« eczémateux (eczéma séborrhéique). A ce propos, nous signalons la très juste observation de Darier qui trouve que c'est peut-être exagéré que d'admettre dans toutes les syphilides tertiaires cutanées, un facteur important

1. Plasmone. *Néoplasie syphilitique formée par un amas de plasmazellen groupés autour des vaisseaux généralement altérés.*

dû à l'eczéma séborrhéique. Nous avons vu bien des fois à la consultation de Saint-Louis des malades porteurs de syphilides tertiaires et chez lesquels il n'y avait que cette lésion, et pas trace du tout de séborrhée.

L'auteur continue en disant qu' « il existe une sous- « variété de syphilide tuberculo-crustacée, celle appelée « végétante » à centre primitivement papillomateux,qui a « une persistance bien remarquable puisque dans un cas « l'éruption aurait duré vingt ans.

« La variété tuberculo-ulcéreuse (Echtyma syphilitique profond) est bien connue en clinique et relativement fréquente notamment au cuir chevelu, elle se présente sous l'aspect de plaques soit entièrement ulcéreuses, soit à bordure serpigineuse.

Comme dans les formes secondaires, la croûte précède l'ulcération; quand on l'enlève, on trouve un ulcère ayant profondément miné le derme. Sur les bords, la structure est celle du nodule tuberculo-croûteux ; au milieu, se voient, dans un tissu extrêmement œdémateux et même raviné par l'œdème, des traînées de tissu nécrosé et même macéré mal limitées. Il n'y a pas de suppuration ou seulement éventuellement. Unna y voit une dégénérescence spéciale qu'il attribue à une sénilité du tissu collagène. Darier note à ce propos que Unna ne parle pas de l'état des vaisseaux qui commandent le territoire atteint, s'ils sont oblitérés, ajoute-t-il, c'est qu'il s'agirait d'une nécrose ischémique partielle du syphilome telle qu'elle s'observe si nettement dans les viscères où on la confond toujours avec le processus gommeux. Il ne croit pas qu'il y ait lieu d'invoquer une infection mixte pour

expliquer l'echtyma syphilitique profond. Cette appréciation nous paraît exacte.

A propos de la gomme syphilitique, causée par des néoplasies cellulaires, ou plasmomes dans la langue d'Unna, ce dernier en a observé sous forme de nodules miliaires dans le chorion, elles peuvent se développer, ce qui est très admissible, dans des syphilides tuberculeuses ; il suffit que des foyers cellulaires s'isolent dans une capsule conjonctive, que leurs éléments se multiplient activement et restent plus exigus qu'enfin ils se mortifient au centre. Ces petites gommes dermiques sont sèches.

Les gommes ramollies proviennent presque toujours de l'hypoderme ou du périoste des os superficiels et prennent un développement bien plus considérable. Tout autour, les vaisseaux sont engaînés de plasmazellen. Unna et Tommasoli ne les ont pas trouvés atteints de cette endartérite comme on le supposait ; le tissu conjonctif a des faisceaux épaissis quelquefois hyalins qu'on peut voir se terminer au contact de la gomme.

La masse de celle-ci est formée de plasmazellen de la petite variété, bien colorables au pourtour, dégénérées au centre ; mais ce centre n'est pas positivement nécrosé car les cellules ont un noyau encore colorable. Le tissu interstitiel s'est dissous dans la gomme ce qui lui donne sa mollesse. Il ne peut être question de suppuration vraie dans une gomme qui se ramollit ; son contenu sirupeux est composé de tissu interstitiel liquéfié tenant en suspension des cellules altérées, ce contenu est caséeux quand le liquide fait défaut. Lorsque la gomme a progressé du

côté de la surface, usé la peau et s'est ouverte, alors elle peut s'infecter et suppurer vraiment.

En résumé l'anatomie pathologique des syphilides telle que la considère Unna est relativement très simplifiée. Dès qu'au plasmome périvasculaire et au fibrome qui lui est uni s'ajoutent soit une diapédèse notable de globules blancs, soit une prolifération épithéliale, ou encore une dégénérescence, on accusera hardiment, d'après Unna toujours, une infection secondaire par les micro-organismes de l'echtyma, par ceux de la purulence ou par ceux de l'eczéma séborrhéique. Nous rappelons que ces derniers joueraient un rôle énorme suivant la théorie de Unna. Cette doctrine est-elle justifiée ? La bactériologie résoudra cette question, avec l'étude des lésions syphilitiques et viscérales.

DIAGNOSTIC ANATOMO-PATHOLOGIQUE DU CANCER

Nous allons maintenant décrire l'aspect anatomo-pathologique du cancer cutané dont le diagnostic est à faire avec lupus ou syphilides.

Dans les cas qui nous intéressent, le cancer de la peau doit être considéré comme étant toujours primitif, car les cas de cancer secondaires de la peau se diagnostiquent d'eux-mêmes par la présence de la tumeur primitive dans un organe quelconque.

Les coupes, alors, nous présenteront l'un des aspects suivants :

Sur les confins de la tumeur on trouve des espaces inter-papillaires agrandis et certains d'entre eux se prolongeant dans la profondeur sous forme de boyaux épithéliaux.

Ces boyaux épithéliaux auront en général une direction perpendiculaire à la surface cutanée. Sur une coupe perpendiculaire à la surface de la peau, un grand nombre sera donc coupé parallèlement à l'axe, d'autres en nombre plus restreints seront coupés perpendiculairement à cet axe.

Les boyaux longitudinaux s'anastomosent et dans les

mailles du réseau nous trouvons du tissu conjonctif adulte ou embryonnaire.

Les boyaux coupés transversalement se présentent sous l'aspect de petits blocs épidermiques dont la constitution n'est pas toujours identique à elle-même.

A). — Les globes épidermiques reproduisent de la périphérie au centre l'évolution de cellules épidermiques, c'est-à-dire que nous allons trouver tout à fait en dehors une couche de cellules cylindriques correspondant à la couche génératrice de Malpighi.

Plus en dedans, nous trouvons plusieurs assises de cellules présentant des pointes (ce sont les pointes de Schultze) et correspondant aux cellules muqueuses de Malpighi.

Enfin au centre, des couches cellulaires concentriques représentant les stratums granulosum, lucidum, et couche cornée. Tout à fait au centre, on trouve un amas de cellules cornées.

B). — Quelquefois les cellules du centre des lobules ont subi une transformation muqueuse, colloïde, c'est alors l'épithélium lobulé muqueux.

C). — Dans d'autres cas les boyaux épithéliaux sont uniquement constitués par des cellules représentant le type des cellules muqueuses de Malpighi mais n'offrant pas la différenciation des couches épidermiques spéciales.

C'est le cancer pavimenteux tubulé.

Les deux types de cancer de la peau, épithélioma lobulé et épithélioma tubulé peuvent d'ailleurs se confondre pour donner des cancers de type mixte.

Ces différentes formes paraissent avoir leur origine au

niveau de la couche de Malpighi qui en bourgeonnant défonce la membrane basale pour envoyer des bourgeons épithéliaux vers les parties profondes.

Dans quelques cas plus rares, la tumeur paraît débuter au niveau des glandes sudoripares, des glandes sébacées et même des follicules pileux. Elle revêt alors une forme analogue à celle que nous avons décrite, mais surtout celle de l'épithélioma tubulé.

On trouve quelquefois au centre,des boyaux épithéliaux de formes cellulaires nucléées entourées d'une capsule à double contour et que certains auteurs considèrent comme de grosses coccidies.

Tels sont les différents aspects des préparations cancéreuses qui font éliminer par la biopsie l'hypothèse de syphilis ou de lupus et permettent de poser le diagnostic de néoplasme.

DIAGNOSTIC THÉRAPEUTIQUE

Nous avons montré dans le rapide exposé qui précède les difficultés qui existent pour faire, soit le diagnostic clinique, soit le diagnostic anatomo-pathologique de ces lésions de la face. Serons-nous plus heureux au point de vue thérapeutique? Ce sera la dernière partie de notre étude.

Lorsque les éléments cliniques et l'examen microscopique ne nous ont pas éclairé suffisamment, lorsque des doutes s'élèvent, notamment, lorsque nous hésitons entre lupus et syphilis, nous savons que depuis longtemps, nous avons à notre disposition un moyen de contrôle, empirique il est vrai, mais qui dans certains cas nous permet d'affirmer par exemple la nature syphilitique de la lésion. Ce moyen est la mise du malade au traitement antisyphilitique.

Partant de ce principe que le mercure et l'iodure de potassium dans le traitement de la syphilis sont d' « admirables médicaments » selon la propre expression de notre maître M. le professeur Fournier, chaque fois qu'une lésion douteuse sera guérie par ce traitement, c'est qu'elle sera nettement d'origine syphilitique.

Deux méthodes sont en présence : ou bien pilules de

proto-iodure ou de Dupuytren suivant que le malade a la bouche en bon ou en mauvais état, ou bien traitement intensif avec des sels de mercure, injection de calomel par exemple.

Le premier de ces traitements est beaucoup plus long à donner des résultats que le second. C'est donc ce dernier qu'il conviendra d'employer le plus souvent possible, puisque la plupart du temps dans l'intérêt même du malade il convient non seulement d'agir, mais d' « agir vite » pour être rapidement fixé.

Nous rappellerons seulement pour mémoire combien de cures merveilleuses ont été faites par ce procédé, là où tous les traitements avaient été essayés et où l'hérédo-syphilis semblait ne pas pouvoir être mise en cause. Combien de fois s'est-on trop hâté de faire d'une lésion cutanée de la face un lupus ! On l'a alors traitée par tous les moyens en usage ; scarifications, grattages, cautérisations à l'acide pyrogallique, pointes de feu, excision même suivant le procédé de Nélaton et malgré tous les moyens employés la lésion persistait. Un traitement de quelques semaines par les injections de calomel et la lésion disparaissait comme par enchantement sans qu'on observe de récidives.

Ici se place un point très intéressant et qui a fait l'objet de nombreux travaux depuis quelques années. On s'est demandé si le calomel qui agit si puissamment dans la syphilis ne pourrait pas agir de même dans la tuberculose cutanée. De multiples essais ont été tentés et aujourd'hui, la question encore à l'étude est fortement controversée.

Les uns affirment la guérison de plaques nettement lupiques (Dr Asselbergs, Dr Barthélemy, etc) et nous en citerons des observations. D'autres parmi lesquels notre maître M. le Professeur Fournier tendent au contraire à réserver pour la syphilis le traitement par les injections de calomel. Nous avons pu voir des malades dans son service, chez lesquels le diagnostic de lupus s'imposait. On les a traités par les injections de calomel et jusqu'ici les résultats n'ont pas été couronnés de succès.

On pourrait donc répondre aux partisans du traitement des lésions lupiques par le calomel qui s'appuient sur des cas de guérison radicale qu'il y a eu erreur de diagnostic, que ce qu'ils ont pris pour du lupus était de la syphilis héréditaire, qu'ils se trouvaient en présence de cas de syphilis ignorée et Dieu sait s'ils sont plus fréquents qu'on ne le croit généralement. L'action heureusement modificatrice du calomel se trouverait donc tout naturellement expliquée.

C'est là l'opinion de notre maître M. Fournier ; pour lui ces cas de guérison du lupus par le traitement mercuriel constituent des erreurs de diagnostic. D'autre part M. le Docteur Gastou, chef du laboratoire de la Faculté, signale à la société de dermatologie ce fait que ces injections agissent non-seulement sur le lupus et certains carcinomes mais encore sur les ulcérations de jambe de nature quelconque. Mais il ajoute et ceci est très important que ces lésions sont seulement améliorées et non pas guéries quand la syphilis n'est pas en cause. Nous reviendrons tout à l'heure sur ce dernier point.

Nous avons parlé dans le cours de cette étude malheu-

reusemement trop succincte, car le temps nous a manqué pour la rendre plus complète, de l'hybridité de certaines lésions, de l'association possible de syphilis et de lupus ou de syphilis et de cancer. Que vont faire dans ce cas les injections de calomel ? Il nous semble assez rationel de croire que dans ces cas le mercure trouvera un élément qu'il pourra vaincre, il agira sur l'élément syphilis qu'il fera disparaître et ainsi suivant que la syphilis est la lésion plus ou moins dominante suivant que nous nous trouverons en présence d'une plaque syphilo-lupique ou lupo-syphilitique, l'amélioration, voire même la guérison totale apparente sera plus ou moins complète. Nous disons qu'elle ne sera qu'« *apparente* » car la guérison ne sera pas définitive et des rechutes se produiront à peu près sûrement à échéances plus ou moins éloignées.

Mais si, au lieu d'une association de syphilis et de lupus ou de syphilis et de cancer nous en avons une autre, celle qui serait constituée par le cancer et le lupus, quels résultats obtiendrons nous. Aurons-nous une guérison apparente ou même une amélioration durable ? Nous ne le croyons pas car nous savons que le mercure paraît agir sur le cancer en augmentant la rapidité de son évolution.

Dans cette lésion hybride comme dans celle constituée par lupus et syphilis, il reste dont l'élément lupus. Le calomel agira-t-il sur lui ? Ici se place le point délicat de la question et c'est ici qu'il faut se rappeler que l'*amélioration* a été constatée dans certains cas de lupus.

Nous admettons très volontiers que les erreurs de diagnostic ont été fréquentes mais puisque le mercure agit

si efficacement dans la syphilis ne pourrait-il pas avoir une action curative sur les tubercules lupiques ?

Qu'il ne guérisse pas radicalement la tuberculose cutanée pure, nous le croyons puisque les exemples de récidives sont nombreux qui tendent à le prouver, mais qu'il ait une action modificatrice heureuse, surtout et nous le repéterons plus loin, lorsqu'on lui ajoute le traitement ioduré, qu'il entre pour une part si minime qu'elle soit dans cette amélioration constatée au cours des différents essais qui ont été tentés, autrement dit, que l'injection de calomel soit un excellent adjuvant dans le traitement approprié du lupus (pointes de feu, scarifications, raclage, acide pyrogallique), nous serions partisan de cette dernière opinion. Mais les observations qui en ont été données jusqu'ici ne permettent pas encore de conclure d'une façon formelle au sujet de l'action du calomel sur le lupus.

Nous passons sous silence l'action de la tuberculine en injections comme traitement d'épreuve. Il est évident qu'il y a peut-être là un moyen d'aider au diagnostic, mais la question est encore à l'étude et nous la connaissons trop imparfaitement pour qu'il nous soit permis d'y insister.

Pour nous résumer en terminant ce chapitre, nous croyons donc que le traitement spécifique, lorsqu'il sera suivi de guérison complète sera un élément de diagnostic différentiel que nous réserverons à la syphilis.

D'autre part, puisque dans les lésions hybrides où se trouvait réunie l'association lupus et syphilis on a pu constater une amélioration, nous croyons qu'il sera bon dans

le cas où des doutes surgiront en notre esprit de tenter l'épreuve par le traitement mercuriel. Elle sera pour nous un puissant moyen de contrôle et en tout cas un adjuvant excellent à ajouter aux moyens curatifs employés.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Personnelle).

Prise dans le service de M. le professeur Fournier.

Fernand D..., 11 ans 1/2.

Antécédents héréditaires. — Rien à signaler du côté du père. Mère morte dit-on d'une maladie de poitrine, elle toussait beaucoup au moment où l'enfant est venu au monde. Grands parents morts, de vieillesse et d'accident.

Antécédents collatéraux. — Le père a eu quatre enfants : un qui a 19 ans actuellement et est bien portant, un mort à 4 ans de la diphtérie. Un mort à 15 jours d'atrepsie. Le petit malade qui nous intéresse est le dernier né.

Antécédents personnels. — Végétations adénoïdes. Trachéotomie faite à domicile le 16 mars 1898. L'enfant garde sa canule pendant 3 mois. La lésion a débuté le 5 mai 1898, c'est-à-dire environ 6 semaines après la trachéotomie.

Début autour de la plaie, l'enfant ayant encore la canule, par de petits boutons blanchâtres, occasionnant un prurit violent.

Traitement. — Cautérisation au nitrate d'argent. Disparition complète. Deux mois après, récidive, l'éruption gagne toute la

face antérieure de la poitrine jusqu'à 2 travers de doigt au-dessus du creux épigastrique, éruption symétrique, en arc, de chaque côté.

Tout le cou est pris sauf au niveau des vertèbres cervicales où la peau est absolument saine.

Traitement. — Vaseline boriquée en larges applications.

A peu près à la même époque, début des lésions de la face par l'intérieur du nez du côté gauche. Grattage avec la curette par le Dr Boulay qui envoie le malade à M. le Dr Tennesson chez lequel il vient tous les vendredis pendant une année.

Traitement. — Grattage, pointes de feu, pas d'amélioration.

La lésion s'est propagée rapidement paraît-il, un mois après le début par le nez. Elle a envahi l'aile droite du nez et la joue du même côté puis successivement toute la face dorsale du nez et la joue gauche jusqu'au niveau du maxillaire inférieur.

Depuis 4 mois environ, la lésion s'est propagée à la lèvre inférieure et a gagné le menton avec deux arcades symétriques de chaque côté.

État actuel. — Toute la région antérieure de la poitrine est guérie. Cicatrices blanchâtres indélébiles. Toute la face depuis le menton jusqu'aux arcades sourcillières, en passant par les paupières supérieures et déterminant un léger ectropion des paupières inférieures, toute la face, disons-nous, est envahie par une grande plaque rougeâtre présentant à peu près partout des squames blanchâtres assez larges sur les joues, plus fines sur la face dorsale du nez. Par places, sur la joue gauche, à un travers de doigt au-dessus de l'œil environ, croûtes noirâtres ; le menton présente une éruption plus accentuée tuberculo-ulcéreuse avec croûtes jaune-verdâtres.

Orifices des narines très rétrécis, nez presque totalement

aplati, orifice buccal très rétréci, ce qui gêne beaucoup le petit malade pour prendre sa nourriture. Suintement séro-purulent au niveau des paupières inférieures et des placards croûteux.

A différents intervalles, légère démangeaison qui cesse d'ailleurs très rapidement.

Est entré dans le service de M. le Professeur Fournier il y a trois mois.

Traitement. — Pulvérisations d'eau boriquée. Depuis 6 semaines : Iodure de potassium 2 cuillerées à soupe par jour. Injections de calomel (2 centigrammes) depuis un mois et demi- Une injection par semaine ce qui fait six à l'heure actuelle. Quelques pointes de feu légères tous les 8 jours depuis un mois.

Le petit malade qui nous a donné tous les renseignements qui précèdent d'une façon fort intelligente constate que depuis le début des injections de calomel, la rougeur de la face s'est beaucoup atténuée, les croûtes sont moins abondantes, le suintement a énormément diminué.

Appétit conservé, bonne santé apparente.

Observation II (Personnelle).

Service de M. le professeur Fournier. Lupus amélioré par les injections de calomel.

Léontine C..., 12 ans.

Antécédents héréditaires. — Rien de particulier.

Antécédents collatéraux. — Deux frères et deux sœurs, tous bien portants.

Antécédents personnels. — Rien à signaler jusqu'à l'âge de

neuf ans. A cette époque la malade a eu mal aux yeux. L'affection a duré environ deux ans.

Le *lupus* a débuté il y a 18 mois au niveau de l'angle du maxillaire inférieur par un petit bouton qui n'a pas occasionné de démangeaison. Au bout d'un mois, ulcération, puis la lésion s'est augmentée, a remonté vers l'oreille et a envahi la partie interne du pavillon de l'oreille en respectant néanmoins tout le pourtour externe. Durée de cette évolution : un mois.

Soignée dans sa famille pendant quinze mois.

Traitement. — Pommade au turbith ou pommade soufrée. Cataplasmes de fécule. Lavages à l'eau boriquée. Pansement à la vaseline. Aucune modification.

Envoyée à la consultation de Saint-Louis le 29 mai dernier.

Entrée dans le service de M. Fournier le mercredi 31 mai 1899.

Traitement. — Application de vaseline pendant huit jours.

Emplâtre rouge ensuite, continué d'ailleurs jusqu'à l'époque actuelle. Pas d'amélioration.

Depuis le commencement de juillet, traitement par le calomel, six piqûres de trois centigrammes faites à l'heure actuelle. Une tous les jours. *Amélioration.*

Etat actuel. — A peine quelques squames sur la peau cicatricielle par endroits. Lésion molle, quelques nodules peu sensibles. Lésions squammeuses avec croutelles légères surtout dans l'intérieur du pavillon de l'oreille.

Léger suintement persistant au niveau du point initial de la lésion.

Etat général en somme assez bon.

Observation III

Malade présentée à la société de dermatologie, avril 1899. (La malade était déjà dans le service de M. Fournier lorsque nous en faisions partie comme externe).

Maria S..., 20 ans. Couturière.

Antécédents héréditaires. — Mère morte il y a 19 ans. Père bien portant.

Antécédents collatéraux. — Deux sœurs bien portantes (du côté paternel).

Antécédents personnels. — Scarlatine à 11 ans. Rhumatismes à 13 ans. A 17 ans érysipèle qui a duré un mois.

Il y a 9 ans, début de la lésion par un petit bouton à l'angle du maxillaire inférieur droit et, en même temps, au niveau de l'arcade sourcillière droite. Démangeaison. Grattage par la malade. Augmentation rapidement arrivée à la grandeur d'une pièce de cinq francs.

Soignée au début dans son pays à Briare. Traitement ??

Soignée à Paris il y a 6 ans, pendant 6 mois. Traitement ??

A cette époque, les lésions augmentent, la joue est presque totalement prise. Croûtes, ulcérations depuis l'oreille jusqu'à l'os malaire.

Soignée ensuite à Orléans pendant 4 mois. Traitement : Acide pyrogallique. Cataplasmes de fécule. Amélioration, rougeur et croûtes diminuées. La malade n'a plus que des cicatrices blanchâtres et se croit guérie.

Venue à Paris il y a 4 ans. Entré dans le service après une nouvelle poussée, mais bien moins forte que la précédente.

Traitement. – Deux ou trois fois, pointes de feu, (tous les 8 jours).

A ce moment érysipèle qui dure un mois. On croit constater une amélioration passagère.

Puis emplâtre pyrogallique pendant 3 mois.

Pointes de feu ensuite pendant deux ans, amélioration très légère, lésion moins rouge, croûtes moins épaisses, mais pas de cicatrices blanchâtres comme précédemment.

Du mois de décembre 1898 au mois de mai 1899 :

Injections de calomel de 5 centigrammes. Une tous les 8 jours. Mieux très sensible pendant 3 mois. Nouvelle poussée après la 12e injection. On cesse alors le traitement mercuriel pour ne plus faire que des pointes de feu et des scarifications tous les huit jours jusqu'à l'époque actuelle.

Etat actuel. — Les lésions lupiques ont envahi toute la joue droite. La peau est rétractée, cicatricielle par places. Au palper, nodules très légers. A peine quelques squames çà et là. La peau est rouge généralement, et rouge-brun par places seulement.

Les lésions sont plus accentuées sur les bords.

Au niveau de l'arcade sourcillière, cicatrices blanches ; la lésion paraît guérie à ce niveau.

La malade prend actuellement du sirop iodo-tannique et du vin de gentiane. Elle n'a jamais pris d'huile de foie de morue, de pilules de proto-iodure, d'iodure de potassium, ni de créosote.

Etat général bon.

OBSERVATION IV (personnelle).

Service de M. le professeur Fournier.
Lupus amélioré par injections de calomel.

Henriette E..., 13 ans.

Antécédents héréditaires. — Rien à signaler.

Antécédents collatéraux. — Quatre frères et une sœur bien portants. Elle est la troisième des enfants. Sa sœur qui est l'aînée a 18 ans.

Antécédents personnels. — Rougeole à 12 ans. Mal aux yeux vers 10 ans, avec cécité presque complète pendant 1 an. Rétablie aujourd'hui.

Malformations dentaires. Stries transversales sur les deux incisives médianes supérieures qui sont mal plantées, projetées en avant.

Entrée il y a un an environ dans le service.

Diagnostic à l'entrée. — Lupus.

La lésion a débuté il y a un an par un petit bouton au niveau de l'angle du maxillaire inférieur droit. Prurit violent pendant 2 ou 3 mois, grattage par la malade, puis ulcération. Toute la joue a été envahie en trois mois.

Puis,la lésion a envahi la lèvre supérieure en commençant à peu près au niveau de la commissure du côté gauche. Toute la lèvre supérieure a d'abord été envahie, et l'éruption a gagné l'aile droite du nez et la pointe en un mois environ.

Depuis 5 mois, la lèvre inférieure a été prise en débutant encore par la commissure. Enfin il y a 2 mois,même processus mais sous le menton. A cet endroit la lésion est linéaire, d'en-

viron cinq centimètres de long sur 1/2 centimètre de large. La joue gauche a présenté depuis 4 ou 5 mois quelques lésions éruptives brûlées aussitôt après leur apparition, par des pointes de feu.

Etat actuel. — Toute la joue est prise comme nous l'avons décrit plus haut, mais toute la partie externe est en voie de régression. La peau est presque blanche. Au toucher, les nodules sont à peine sensibles. L'infiltration des téguments est légère. Au contraire, la lèvre supérieure présente des lésions rouge foncé avec croûtes jaunâtres. Les tissus sont infiltrés durs à la pression, mais indolores.

Traitement. — Il y a un an à son entrée dans le service : pointes de feu tous les 8 jours pendant 6 mois, — pas d'amélioration.

Il y a 3 mois, traitement par le calomel, 3 centigrammes par injection, 13 piqûres, la dernière a été faite il y a 8 jours. En même temps emplâtre de Vigo sur la joue. Amélioration très sensible constatée.

La malade est mise à l'huile de foie de morue l'hiver et prend actuellement du sirop iodo-tonique. — Etat général en somme bon.

Observation V

Tuberculose cutanée améliorée par le traitement mercuriel (par M. Danlos, présentée à la Société le 10 février 1898).

(Nous citons cette observation bien qu'elle soit en dehors du cadre que nous nous sommes tracé, parce qu'elle montre l'efficacité incontestablement probable du traitement anti-syphilitique sur les lésions tuberculeuses).

Homme de 25 ans atteint depuis longtemps de lésions incontestablement tuberculeuses. On note sur le haut de la poitrine et la région claviculaire gauche des cicatrices réticulées d'aspect typique ; une cependant, devant le sternum, est lisse et bordée de pigments comme dans certaines syphilides. Lé malade porte en outre sur les côtés du cou deux plaies ouvertes, à bords décollés, amincis, à bourgeons mollasses et blafards sécrétant un pus séreux.

Il y a de plus un abcès ganglionnaire en formation sur le côté du cou et sur le bras droit, dans la région épitrochléenne, une induration fusiforme, grosse comme l'index, longue de dix à douze centimètres, absolument indolente; lésion dont la malade ignore l'existence et qui paraît indépendante de toute lésion actuelle des téguments de la main. La voix est altérée sans signes positifs rationels ou physiques de tuberculose. Malgré l'aspect des lésions, le traitement mixte est institué (proto-iodure, 10 cent., KI 3 gr. par jour) et contre toute attente il se fait une amélioration rapide. L'une des plaies du cou se cicatrice, l'infiltration qui sous-tendait l'autre se réduit considérablement, et, au bras droit, la masse fusiforme semble se désagréger, le cordon diminue, au point que le jour de la présentation,on ne constate à ce niveau que deux ganglions épitrochléens superposés un peu plus gros qu'à l'ordinaire. L'abcès du cou n'est pas modifié. En somme amélioration notable.

Observation VI

Lupus guéri par les injections de calomel par le Dr Asselbergs (de Bruxelles).

Alice D..., 36 ans, atteinte de lupus tuberculo-ulcéreux du visage et du cou se présente à ma clinique de l'Hospice du Cal-

vaire, le 2 février 1896. L'affection date de 7 ans, les nodosités et les ulcérations sont typiques de lupus ; la malade accuse que le mal a débuté à la joue droite, s'est manifesté ensuite sur la joue gauche, a continué progressivement sa marche envahissante sur le nez, le front, le menton et le cou. Il n'y a aucun signe de syphilis antérieure. Je lui proposai le curettage et la cautérisation. La malade refusant de s'y soumettre, je lui fis le même jour une injection de calomel. Les modifications furent immédiates et frappantes. L'infiltration des tissus malades diminua, les nodosités s'affaissèrent, les ulcérations se cicatrisèrent, et lorsque je pratiquai la dixième injection le 27 avril suivant, il ne restait plus de traces du mal primitif. Je fus heureux de pouvoir confirmer mon diagnostic de lupus, le 7 septembre suivant, lorsque ma malade se représenta avec une apparition nouvelle de quelques nodosités granuleuses typiques de lupus sur le lobule du nez. Trois injections de calomel les firent disparaître. Cette malade a été présentée à la société médico-chirurgicale de Brabant le 29 juin 1897, complètement guérie. Je l'ai revue le 22 novembre, la guérison s'est maintenue intégralement.

(Suivent 13 autres observations de lupus traitées par le calomel et dans lesquels l'action modificatrice s'est très nettement manifestée, depuis la simple réduction, jusqu'à la disparition complète de tous les éléments lupiques.

(Voir 1° *Annales de Dermatologie et de syphiligraphie*, T. 9, *Ann.* 1898). 2° *Journal des maladies cutanées et syphilitiques*, 1898).

Observation VII

Epithélioma et lupus du nez avec dégénérescence colloïde en quelques points, par M. Petrini. Congrès allemand de dermatologie.

Ce cas concerne une malade chez laquelle il était survenu en 1893, six mois avant son entrée à l'hôpital, une rougeur diffuse du nez et qui fut suivie de vésicules, de papules, de prurit et d'une hypertrophie considérable (tuméfaction) des papilles de la peau.

Au moment de son admission, cette malade présentait un foyer lupique, typique, sur la joue droite et le lobule gauche de l'oreille.

Le nez était rouge, gros comme une noix, bourgeonnant en quelques points, recouvert de croûtes cornées ; quand on pressait sur les bords de l'infiltrat, il s'en écoulait un liquide purulent.

La malade, dans le huitième mois de sa grossesse, était d'ailleurs bien portante. L'examen de masses énuclées du nez montra un épithéliome et un lupus, mais pas de bacilles tuberculeux.

En un point, on voit dans une même coupe du lupus typique, dans une autre de l'épithéliome typique. En outre, nombreuses papules en dégénérescence colloïde particulièrement sur les bords de la couche épidermique. Ce cas est excessivement rare puisqu'il s'agit ici de l'apparition primaire simultanée de lupus et d'épithéliome en un seul point, et non pas de la transformation en cancroïde d'un lupus ancien.

Observation VIII

Lupus tuberculeux et syphilides cutanées à petites papules, par M. Petrini.

Homme de 22 ans, atteint de lupus de la face et de la fesse, de gommes scrofulo-tuberculeuses de la joue et de la cuisse. Chancre du frein il y a 3 mois. Syphilide papuleuse généralisée, à petits éléments confluents remarquable par l'uniformité d'aspect de ses éléments. L'auteur pense que l'existence du lupus a pu favoriser l'éclosion rapide et la confluence des manifestations syphilitiques. (Georges Thibierge).

Observation IX

Syphilis ulcéreuse du nez par Neumann (Diagnostic à faire avec l'épithélioma). Société Viennoise de Dermatologie, 15 avril 1896.

M. Neumann présente une paysanne de 25 ans avec une syphilis ulcéreuse du nez. Sur le côté droit du nez, ulcère de 6 centimètres, atteignant la joue et la lèvre supérieure. L'aile droite du nez est en grande partie détruite, de sorte qu'on peut voir dans toute son étendue la cavité nasale, attendu que la cloison manque La racine du nez est considérablement élargie et aplatie, le dos du nez enfoncé, les caroncules lacrymaux tuméfiés, la paupière inférieure droite œdémateuse, la lèvre supérieure tuméfiée. Le voile du palais, les amygdales, la voûte palatine et la luette manquent et présentent à droite des bords cicatriciels, à gauche, ulcérés. La paroi postérieure du

pharynx présente sur la ligne médiane une cicatrice étroite, d'un brillant tendineux, amincie, au-dessous de laquelle on arrive directement avec la sonde sur la colonne vertébrale. Sur le palais, à droite de la ligne médiane, ulcère qui a atteint l'os.

Observation X

Pseudo-lupus syphilitique.

Cette observation a été recueillie et la malade présentée à la société de dermatologie par notre ami Deschamps alors que nous étions son collègue comme externe dans le service de M. le professeur Fournier (juin 1896).

La nommée N..., âgée de 35 ans, domestique, couchée au nº 26 de la salle Henri IV.

Antécédents héréditaires. — Mère morte « de la poitrine ». Père mort de paralysie. Un frère mort « de la poitrine ». Trois frères et sœurs bien portants, pas de fausses-couches de la mère.

Antécédents personnels. — Jamais de maladie autre que celle qui l'amène à l'hôpital.

Pas de syphilis acquise, pas de stigmates de syphilis héréditaire.

A 13 ans début de la maladie actuelle, les ailes du nez ont été envahies toutes les deux ensemble. La lésion a commencé par un bouton qui s'est recouvert d'une croûte recouvrant elle-même une ulcération.

Elle a été soignée une première fois à St-Louis en 1878 par M. le Dr Hilairet qui lui a fait des scarifications et donné de huile de foie de morue. Guérison après 6 mois de traitement.

Une cicatrice à la paroi antérieure du thorax, elle date de l'enfance, la malade ne peut l'expliquer.

Deux injections de calomel de 5 centigrammes. Amélioration constatée. A la quatrième injection la guérison est presque complète.

Juillet 1896. — La malade est ramenée à la société. Le traitement a été continué, on constate une amélioration extraordinaire.

Observation XI

Lupus tuberculeux amélioré par les injections de calomel. Par M. du Castel. (Société de dermatologie, juin 1899).

Pauline Trie... 13 ans, entrée à l'hôpital le 13 février 1899, couchée au lit n° 24. Salle Gibert.

Antécédents héréditaires. Nuls.

Antécédents personnels. — Rougeole à l'âge de 3 ans. Réglée depuis l'âge de 18 ans assez irrégulièrement.

A l'âge de 12 ans la malade est atteinte d'un lupus qui débute sur la muqueuse nasale à gauche, s'étend assez rapidement gagne la lèvre supérieure, provoque une gêne considérable de la respiration.

Soignée aux Enfants assistés par la galvano-caustique, elle sort de l'hôpital après neuf mois de traitement, complètement guéric. Pas d'autre maladie jusqu'au début de l'affection actuelle ; la santé générale a toujours été excellente. On ne constate aucun symptôme de bacillose.

La malade avait 17 ans quand débuta sur le lobule du nez la lésion actuelle qui progressa rapidement.

Quand la malade entra à l'hôpital le 13 février 1899, (deux ans après le début de l'affection), elle n'avait encore suivi aucun traitement sérieux. Depuis trois ou quatre mois, elle prenait bien de l'huile de foie de morue, mais à doses très faibles, et très irrégulièrement.

Le lupus couvrait alors tout le nez, envahissait la lèvre supérieure considérablement épaissie et l'angle interne de l'œil gauche où il formait une masse assez considérable, bourgeonnante et ulcérée.

Les paupières de l'œil gauche étaient fortement œdématiées et la malade ne pouvait les entr'ouvrir qu'avec peine.

La lésion assez végétante présentait en plusieurs points des ulcérations.

Impossible de relever aucun antécédent, aucun stigmate de syphilis héréditaire ou acquise.

On mit la malade à l'huile de foie de morue, puis, il y a huit semaines fut faite la première injection de calomel (25 mars 1899). Les injections ont été continuées régulièrement à une semaine d'intervalle. La huitième a été pratiquée samedi 3 juin.

Le résultat du traitement parut d'abord négatif. Le lupus gagna même un peu de terrain sur les côtés du nez et, sur la joue gauche près du coin de la bouche, parut un petit noyau qui s'étendit et creusa la plaque ovale qu'on y voit actuellement. Les ulcérations étaient alors guéries.

C'est à la cinquième piqûre seulement qu'on commença à remarquer une amélioration sensible. La lèvre supérieure parut moins épaissie.

Depuis, les progrès se sont accentués, actuellement, l'angle de l'œil est presque complètement dégagé.

Sur le lobule du nez, la lésion, au lieu d'une masse confluente

ne présente plus que des tubercules assez bien isolés. Sur les ailes et les côtés du nez, les progrès sont encore plus sensibles. La lèvre supérieure a retrouvé en grande partie sa souplesse normale.

Les démangeaisons dont se plaignait la malade à son entrée dans le service ont entièrement disparu.

Les injections de calomel ont toujours été très bien supportées. Nullement douloureuses en elles-mêmes, elles n'ont jamais occasionné aucun malaise ; rien que des élancements en piqûre d'épingle qui commencent dix minutes environ après l'injection, se localisent dans la région nasale exclusivement, et ne durent jamais plus d'un quart d'heure, sans être jamais très pénibles.

Observation XII (Inédite).

(Le 1er août 1899 il nous a été donné d'examiner ce malade venu à la consultation et qui nous a été envoyé par M. le D. Gastou).

Il a été présenté à la société de dermatologie, mais nous ne sachions pas que son observation ait été publiée au complet.

Louis A..., 37 ans. Célibataire.

Antécédents héréditaires. — Parents morts : mère : alcoolisme à 47 ans, père : gastrite (?)

Antécédents collatéraux. — Nuls : Deux frères et deux sœurs bien portants.

Antécédents personnels. — A 17 ans, congestion pulmonaire. A 19 ans, deux chancres mous au niveau du frein de la verge.

Soigné à Cherbourg pendant 22 jours par le Dr Lafosse ancien médecin de marine (en 1882).

Pas de roséole, pas d'engorgement ganglionnaire, pas de céphalée.

Pas d'antécédents d'hérédo-syphilis, du moins à ce que dit le malade.

En 1886, vers le mois de juillet, au niveau de l'angle du maxillaire inférieur gauche, apparition d'un bouton que le malade a gratté à cause de la démangeaison produite, et qui a augmenté ensuite rapidement.

Venu à Saint-Louis en 1887, le malade est soigné dans le service de M. le Dr Widal où il reste 6 mois : Traitement : pointes de feu et scarifications.

Dans l'intervalle, trois érysipèles qui ont paru modifier la marche de la maladie.

Depuis, le malade en a eu deux encore, et le dernier il y a deux ans.

En 1887 la lésion avait envahi les téguments de la joue et l'oreille même était prise. La lésion avait à ce moment la grandeur d'une paume de main, elle présentait par place des surfaces légèrement saillantes plus ou moins en arcs de cercles, à coloration cuivrée.

En 1888, malgré l'envahissement du larynx, une amélioration très sensible est constatée. Peau blanche, cicatricielle, il est vrai, mais plus de tubercules au dire du malade. Il a quitté l'hôpital.

De 1888 à 1896. — Rien ne se produit.

En 1896 nouvelle poussée qui envahit toute la face en un an. Détail à signaler : la lésion envahit le côté droit et est absolu-

ment symétrique à celle du côté gauche qui datait de 1886 c'est-à-dire dix ans auparavant.

Depuis 1896, même traitement que précédemment (pointes de feu et scarifications). Le traitement par le calomel n'est pas essayé une seule fois.

Etat actuel. — Lésions symétriques envahissant la région temporale des deux côtés. A première vue, la couleur cuivrée des lésions, certaines plaques mamelonnées en demi ou quart de cercle par endroits simulent absolument la syphilis.

La joue gauche est prise entièrement avec l'oreille du même côté. De même pour la région du cou, presque sur la ligne médiane.

Le nez est pris entièrement, la lésion est plus accentuée à gauche. Le *lupus* a envahi le nez avec douleurs persistantes formation de croûtes qui nécessitent un grattage.

Le côté gauche de la moustache est envahi par de fines squames blanchâtres sur un fond de coloration d'un rouge brun.

Du côté droit, les squames sont plus larges, les tubercules, plus saillants et plus nombreux. L'oreille est saine à droite, sauf pourtant en arrière où l'on constate l'apparition de la lésion.

En résumé : lésions tuberculo-squameuses, circinées, interrompues çà et là par des plaques blanchâtres, cicatricielles. Coloration rouge brun par endroits, teinte cuivrée des téguments en d'autres points.

Le malade a, à l'heure actuelle, des lésions pulmonaires qui ont permis par l'examen bactériologique que nous avons fait de ses crachats d'affirmer la tuberculose.

CONCLUSIONS

1° Il n'y a pas à l'heure actuelle de signes cliniques absolument nets permettant, le plus souvent, de faire dès le début, le diagnostic différentiel entre ces trois lésions de la face, à cause : 1° de leurs nombreux signes communs; 2° de l'hybridité possible et relativement fréquente qui existe entre elles.

2° Au point de vue anatomo-pathologique, nous avons des caractères différentiels tranchés :

a) Dans le lupus, formations localisées (follicules tuberculeux) et présence du bacille, dans les coupes.

Inoculation au cobaye positive en cas de lupus, négative dans les deux autres cas.

b) Dans la syphilis : plasmome.

c) Dans le cancer : boyaux épithéliaux envahissants, (kératinisation épithéliale, lobules cornés).

Mais, au point de vue essentiellement pratique, ce mode de diagnostic manque le plus souvent parce que : 1° il est très difficile de faire des biopsies en clientèle ; 2° les études bactériologiques ont été le plus souvent incomplètes sur ce sujet.

3° Au point de vue thérapeutique le calomel sera un élément de diagnostic différentiel, s'il y a guérison sans récidives à échéances plus ou moins éloignées. Nous le réserverons à la syphilis.

4° L'action du calomel étant démontrée sur les formations lupiques, par l'amélioration même passagère qui s'ensuit, le traitement pourra être employé soit comme moyen de contrôle, soit en tout cas comme un excellent adjuvant.

5° Les conclusions en ce qui concerne l'effet de la tuberculine en injections, comme moyen de diagnostic différentiel, doivent être réservées jusqu'à plus amples constatations.

Vu le président de la thèse
FOURNIER

Vu par le Doyen de la Faculté
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Annales de dermatologie et de syphiligraphie depuis leur fondation.

Journal des maladies cutanées et syphilitiques, 1894-95-96-97.

Bulletin de la société française de Dermatologie et de syphiligraphie.

Traité de Chirurgie (Duplay et Reclus).

Traité de Médecine (Brouardel et Gilbert).

AUGAGNEUR. — Valeur du traitement d'épreuve dans les ulcérations tuberculeuses et syphilitiques (Société chirurg. Lyon, 1898).

BESNIER (E.). — Le lupus et son traitement (Ann. derm. 1880).

CAZENAVE. — Annales des maladies de la peau.

— Traité des syphilides.

CHARMEIL. — Traitement du lupus tuberculeux par les injections mercurielles intra-musculaires et KI à l'intérieur (Echo médical, Nord, 19 juillet 1898).

— De l'épithelioma se développant sur un lupus (Echo méd. Nord. 10 octobre 1898).

Dr COLOMATTI. — Vittorio Francesco. Nature et structure du lupus vulgaire.

CORNIL (V.). — Leçons sur la syphilis.

CREUTZER. — Le lupus tuberculeux traité par le mercure et l'Iodure et en particulier par les injections d'huile grise (Lille 25 juillet 1898).

Dictionnaire encyclopédique des sc. médicales.

DUBOIS HAVENITH. — Traitement du lupus par les injections de calomel (Revue des sc. méd. 1898, § I).

Emploi thérapeutique de la tuberculine R.
(Archiv. für dermatologie und syphilis, 1898).

FOURNIER (A.). — De la syphilis héréditaire tardive.
— Mélanges de syphiligraphie.
FOURNIER (A. et H.). — Traité sur la syphilis.
GAUCHER (E.). — Maladies de la peau.
Gazette médicale Lombarda, (avril 1897) Traitement du lupus par les injections de calomel.
KAPOSI. — Ueber den sogenannten Lupus syphiliticus (Wiener med. Wochenschr., 1877, nos 50 à 52).
LANG. — Carcinom auf Lupus.
— Lupus. Syphilis und Flachenkrebs (Wiener med. Presse, 1878).
LANCEREAUX. — Traité de la syphilis.
LELOIR. — Leçons sur la tuberculose.
LELOIR et VIDAL. — Maladies de la peau.
— Atlas des maladies de la peau.
LELONGT. — (Th. Paris, 1877) Traitement du lupus par les scarifications linéaires.
Micrococcus du lupus. Centralblatt für Chirurgie (1881, n° 46).
PAVIE. — (Th. Paris 1897) Action curative du calomel dans la tuberculose cutanée.
Presse médicale Belge (juillet 1897). Action du calomel sur le lupus.
RAVOGLI. — Tuberculin in dermatology (1897).
RAYMOND (P.). — Lupus et cancer (1887).
SCARENZIO (AUG.). — Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle (1898). Valeur diagnostique des injections intra-musculaires de calomel.
UNNA (P.) (de Hambourg). — Die histopathologie der Hautkrankeiten (Analyse critique par Darier. Ann. derm., 1895).

Jouve et Boyer, imp. de la Faculté de médecine, 15, rue Racine, Paris